

À propos de l'école de Paris : quelques repères pour la consultation psychosomatique

On the subject of l'école de Paris : Reference point for psychosomatic consultation

Claude Fortier

Volume 13, numéro 1, juin 1988

La réinsertion sociale

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/030423ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/030423ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Fortier, C. (1988). À propos de l'école de Paris : quelques repères pour la consultation psychosomatique. *Santé mentale au Québec*, 13(1), 18–33.
<https://doi.org/10.7202/030423ar>

Résumé de l'article

Pour le psychanalyste travaillant en milieu hospitalier, il est nécessaire de dégager la spécificité de l'écoute psychanalytique des malades somatiques; écoute dont l'élaboration théorique constitue ce qu'on appelle la psychosomatique (à distinguer de la médecine psychosomatique). L'auteur évoque deux modèles auxquels on peut rapporter les différentes approches psychanalytiques de la clinique psychosomatique. Il s'attache surtout à souligner les apports de l'École de Paris : l'importance accordée à la sensorio-motricité; le point de vue évolutionniste; la constitution d'une nosographie psychosomatique originale, inspirée de la psychanalyse; et les processus de somatisation. Des considérations théoriques et cliniques sur l'allergie comme mode de relation au monde et comme structure viennent illustrer ses propos. La pensée opératoire est replacée dans son contexte historique; la dépression essentielle est présentée comme une notion d'une importance majeure en psychosomatique. En terminant, l'auteur esquisse un tableau des différentes formes que peut prendre le traitement psychanalytique des malades somatiques.

À propos de l'école de Paris : quelques repères pour la consultation psychosomatique

Claude Fortier*

Pour le psychanalyste travaillant en milieu hospitalier, il est nécessaire de dégager la spécificité de l'écoute psychanalytique des malades somatiques ; écoute dont l'élaboration théorique constitue ce qu'on appelle la psychosomatique (à distinguer de la médecine psychosomatique).

L'auteur évoque deux modèles auxquels on peut rapporter les différentes approches psychanalytiques de la clinique psychosomatique. Il s'attache surtout à souligner les apports de l'École de Paris : l'importance accordée à la sensorimotricité ; le point de vue évolutionniste ; la constitution d'une nosographie psychosomatique originale, inspirée de la psychanalyse ; et les processus de somatisation.

Des considérations théoriques et cliniques sur l'allergie comme mode de relation au monde et comme structure viennent illustrer ses propos. La pensée opératoire est replacée dans son contexte historique ; la dépression essentielle est présentée comme une notion d'une importance majeure en psychosomatique.

En terminant, l'auteur esquisse un tableau des différentes formes que peut prendre le traitement psychanalytique des malades somatiques.

« Écoute : cordage servant à orienter une voile, et à l'amarrer à son coin inférieur sous le vent, qui est le point d'écoute. »

(Le Petit Robert)

« J'appris ce jour-là qu'une main peut, pour qui sait l'observer, refléter les émotions aussi bien qu'un visage, aussi bien et mieux qu'un visage car elle échappe davantage au contrôle de la volonté. Et les doigts de cette main-là se tendaient et se pliaient, se pressaient et s'accrochaient, se livraient à la plus intense mimique tandis que le visage et tout le corps demeuraient immobiles. »

(Vercors, *Le silence de la mer*).

Quel est le point d'écoute en psychosomatique ?

Ce malade somatique qu'on vous demande de voir — mais qui, le plus souvent, ne vous a rien demandé — comment l'écouter, que lui dire, et qu'est-ce que

vous pouvez en dire comme psychanalyste consultant dans le service de psychosomatique d'un hôpital général ?

On vous l'adresse d'ailleurs parce que vous exercez ce qu'on appelle une « profession de la santé » ; vous voilà partie prenante à ce qu'on appelle la médecine psychosomatique, expression, à bien y penser, bizarre et redondante — comme s'il y avait une médecine qui pouvait se dispenser de l'être, psychosomatique.

Même ambiguïté du côté du malade. Comment en serait-il autrement ? Son lot est la solitude non pas du coureur de fond mais du « bénéficiaire » (la langue de bois administrative a de ces coquetteries !) engagé dans une course dont il ne comprend guère ni les étapes, ni le terme. Sa vie, ou sa survie, est scandée par la survenue imprévisible d'examen divers, suite à des colloques auxquels il assiste de l'extérieur sans en saisir l'objet. La tentation est grande alors de s'abandonner : au sens de rompre avec soi-même, et au sens de s'en remettre à l'appareil hospitalier pour penser sa vie... L'appareil institutionnel peut remplacer l'appareil mental, comme chez le malade qui disait de son séjour dans une institution : « J'y ai été vécu pendant neuf ans... »

Il arrive parfois que la consultation en psychosomatique ait la fonction d'un siège éjectable. Si « le

* L'auteur est psychanalyste. Il remercie les collègues qui lui ont permis de participer à leur réflexion sur la psychosomatique lors de séminaires au cours des dernières années, et, plus particulièrement, Dominique Scarfone, qui dirige avec lui un séminaire clinique en milieu hospitalier.

malade n'a rien », sauf un corps souffrant, l'ombre de l'hystérie se profile à l'horizon, bien que ce diagnostic dit d'exclusion tombe en désuétude. (« L'hystérie est un diagnostic d'exclusion », nous disait un professeur de clinique en médecine). De nos jours, c'est la dépression, masquée ou pas, qui a la cote. Ce transfert de diagnostic... d'exclusion tiendrait-il au fait que certaines formes de dépression répondent bien aux antidépresseurs, donc à un traitement biologique : alors que l'hystérie...

Si le malade a « quelque chose », et s'il a le mauvais esprit de se manifester autrement que par les anomalies de ses épreuves de laboratoire, le rôle du consultant serait-il de considérer ces manifestations (traits de caractère, symptômes psychotiques ou névrotiques) comme autant d'épiphénomènes à réduire afin de rétablir le bon ordre biologique ?

Pourtant il existe chez nos collègues médecins et chirurgiens une demande d'un tout autre ordre, même si elle n'est pas toujours exprimée d'une manière explicite. De telle sorte que le tableau que nous venons d'esquisser — dont l'aspect caricatural est voulu — conduit avant tout à une interpellation de la psychiatrie dans sa tendance biologisante actuelle, et sur l'exclusion qui en résulte — ne disons pas du psychologique, terme lourd de confusion et d'ambiguïté — mais de la dimension de l'inconscient dans la compréhension de la maladie somatique.

« There is no thinking without a brain. » Cet aphorisme nous est souvent servi pour signifier la primauté absolue du biologique, comme si le corps qui nous occupe en psychosomatique se réduisait à l'ensemble de ses fonctions biologiques, d'où émanerait une vie mentale étroitement conditionnée par cet ensemble.

Quel est le point d'écoute en psychosomatique ? Ce n'est pas d'hier que des psychanalystes fréquentent l'hôpital général, et cherchent des réponses à cette question : réponses diverses et parfois contradictoires, à l'image sans doute de l'objet de leur étude.

Il s'agit d'écouter ce qui de l'inconscient se dit dans le corps : mais cette expression qu'on emploie volontiers « le langage du corps », ne saurait rendre compte de tout en psychosomatique. Il y a des moments où l'on se heurte au silence obstiné des organes malades. Sauf à dresser à cet endroit la borne-frontière de la psychosomatique, on doit se demander ce qu'on entend par psychosomatique ; et par maladie psychosomatique.

Existe-t-il des malades psychosomatiques ?

On emploie généralement l'épithète « psychosomatique » pour désigner les malades atteints d'une maladie où les facteurs d'ordre affectif seraient à prendre en compte, sinon dans la genèse du trouble, du moins dans son traitement — le plus souvent d'une manière adjuvante par rapport au traitement médical classique. « C'est un psychosomatique » dira-t-on aussi d'un malade dont les symptômes ne paraissent relever d'aucune étiologie somatique de bon aloi. L'expression est donc lourde de malentendus, et a des relents d'un dualisme psyché-soma qui n'est plus de saison pour qui s'intéresse maintenant à l'approche psychanalytique des malades somatiques.

Ce qu'on appelle « la psychosomatique » (le mot étant employé substantivement) ne saurait se confondre avec la médecine psychosomatique, et le modèle bio-psycho-social qui l'inspire : démarche médicale d'une part, démarche psychanalytique de l'autre. Il n'y a vraiment aucun intérêt à les confondre. La psychosomatique désigne le regard et l'écoute du psychanalyste, sa réflexion, l'élaboration théorique qu'il fait de la rencontre avec le malade somatique. Du moins c'est ainsi qu'on voudra bien l'entendre dans la suite de cet exposé.

Pourquoi ne pas le déclarer d'emblée ? Il n'y a pas de malades psychosomatiques. Mais la psychosomatique existe tout de même.

Ceci étant, on ne s'étonnera pas qu'ici comme en d'autres domaines, on soit prisonnier du langage. Et l'on se trouve tout naturellement amené à parler de malades, ou de maladies « psychosomatiques », alors même qu'on veut réfuter théoriquement l'apriorisme de la dualité psycho-soma, et qu'on a le propos de contester la relégation dans une Sibérie somatique de malades souffrant dans leur corps, mais qui ne seraient pas ... psychosomatiques !

Usage, commodité de langage, à nommer ainsi des sujets qui, pour des raisons diverses et parfois mal définies, « mériteraient » plus que d'autres l'accès à une écoute psychanalytique. Non pas qu'il convienne d'allonger tout un chacun sur le divan ; mais quand on fait de la psychosomatique, il y a une exigence théorique à s'intéresser à tous les aspects du spectre psychosomatique.

La psychosomatique, c'est plus que la psychosomatique

Si, pour des raisons historiques, du fait de la confusion entre psychosomatique et médecine psychosomatique, et pour des raisons qui tiennent à l'objet de notre étude, on est amené dans ce domaine à accorder un intérêt privilégié aux maladies que l'on rencontre dans les services médicaux et chirurgicaux, il n'en reste pas moins que ce serait créer un autre ghetto que de limiter là l'intérêt de la psychosomatique.

Passant du lit d'hôpital au divan psychanalytique, n'y-a-t-il pas bien des analysants, catalogués névrosés de caractère, chez lesquels on risque de négliger l'élément somatique, et ses répercussions économiques? Certes, dans les cas favorables, l'analyste saura s'adapter intuitivement aux failles de la mentalisation, de niveaux divers, et de significations variables, qui peuvent découler de ces situations.

C'est en ce sens que la psychosomatique est plus que la psychosomatique, entendue dans un sens restrictif, (sauf à considérer que tout est donné au départ), puisqu'elle nous amène à poser la question des commencements de la vie psychique, de la genèse du fantasme, et de l'avènement du sexuel. Diverses formulations peuvent rendre compte de cette problématique. Citons parmi d'autres: Joyce McDougall (1986) qui parle de la « désomatisation de la psyché »; Jean Laplanche (1970) qui théorise l'étagage du plan de la sexualité sur le plan de l'autoconservation; Piera Aulagnier (1986) qui évoque le processus de mise en vie de l'appareil psychique, temps préalable à la mise en scène, et à la mise en sens de cet appareil.

À poser ainsi la question de l'étagage du pulsionnel sur l'instinctuel, prend-on le risque de sortir du champ propre de la psychanalyse? Sauf à s'interdire toute navigation au plus près du littoral, faudrait-il s'empêcher de chercher des repères accidents géographiques divers — hors du domaine maritime? Il vaut mieux éviter les réponses péremptoires. Rien n'empêchera d'exister ce que l'on observe parfois — mais pas toujours — en clinique psychosomatique: une sidération de la vie mentale; une pauvreté fantasmatique; une séquestration des forces vives de l'inconscient, qu'on peut appeler pensée opératoire, dépression essentielle, ou encore alexithymie.

Italo Calvino (1962) donne une illustration saisissante et pleine d'humour, de cette réalité clinique

où l'humour trouve bien peu à s'ébattre, par son dialogue entre l'Empereur Charlemagne et le Chevalier inexistant.

« Hé! paladin, c'est à vous que je parle! insista Charlemagne. Pourquoi diantre ne montrez-vous pas votre visage au roi? »

C'est que je n'existe pas, Majesté.

Eh bien! vrai! s'écria l'empereur. Voici que nous avons en renfort un chevalier inexistant! Faites voir un peu. Agilulf parut hésiter un instant: puis d'une main sûre, mais lente, il releva la visière. Le heaume était vide. Dans l'armure blanche au beau plumail iridescent, personne.

Tiens, tiens! On en voit des choses! fit Charlemagne. Et comment vous acquittez-vous de vos charges, vu que vous n'y êtes pas?

À force de volonté, Sire, dit Agilulf, et de foi en la sainteté de votre cause!

Eh! Eh! Voilà qui est bien dit, c'est justement ainsi que l'on fait son devoir. »

On ne saurait mieux dire le désaveu du pulsionnel, le recours à un idéal impersonnel, la désolation identificatoire, l'exil du corps, qui laissent l'interlocuteur perplexe, et le renvoient à ses propres moments « opératoires ».

C'est sans doute pourquoi, par mesure de compensation, lors de séminaires cliniques, après les investigations les plus pauvres en matériel susceptible d'interprétations symboliques, se déchaîne parmi les participants une activité fantasmatique intense, destinée à combler le vide où nous a laissé un dialogue particulièrement dévitalisé.

Les deux modèles de la théorisation psychosomatique

L'horreur du vide fantasmatique — mais convient-il de poser la question en terme de « vide » ou de « plein »? — fait souvent postuler l'action d'un fantasme « derrière » comme on dit, le symptôme somatique. Sans entrer dans une discussion sur le fantasme, ce qui serait hors de notre propos, citons ici Jean-Louis Langlois (1982) en guise d'introduction à la distinction qu'établit Sami-Ali entre les deux modèles de théorisation en psychosomatique.

« Pour les kleiniens, Suzan Isaacs par exemple, la satisfaction pulsionnelle primitive s'accompagne de fantasmes d'incorporation et de projection des objets. Cette conception du fantasme

primitif est tout à fait différente de ce que Freud entend par fantasme inconscient. Pour Freud, la genèse du fantasme suppose la frustration de la satisfaction pulsionnelle. Le concept de fantasme chez Freud exige une relative autonomie de la fonction de représentation d'objet, par rapport aux expériences sensorimotrices de satisfaction pulsionnelle. Par contre, les fantasmes primitifs kleinien paraissent souvent chargés d'affect, et même de sensorialité (notre traduction).

Penser qu'il existe un « prélude à la vie fantasmatique » (Michel Fain, 1971), ou au contraire qu'on trouve, dès l'origine, des manifestations de cette vie, renvoie à deux manières opposées de concevoir la psychosomatique, que Sami-Ali (1969) appelle « le modèle homogène » et le « modèle hétérogène ».

Le modèle homogène

Selon ce modèle, les symptômes psychosomatiques expriment au moyen du « langage du corps » des pulsions, des fantasmes et des conflits qui sont demeurés refoulés, auxquels fut interdit l'accès à l'expression psychologique. Il s'agit le plus souvent d'une conception qui assimile les troubles psychosomatiques à des variantes de la conversion hystérique.

On donne ainsi une grande extension à la notion de conversion, à mettre en rapport avec un temps (temps logique ou temps réel) du développement mental où psyché et soma ne seraient que deux aspects d'un même phénomène. Par l'interprétation, il ne s'agirait pas tellement de donner un sens au symptôme somatique, mais bien plutôt de le dégager de la gangue somatique où il se trouve pris, telle Minerve sortant, déjà armée et casquée, du crâne de Jupiter.

Le psychosomatique ou, dirions-nous plutôt, le somatique se trouve réduit au conversionnel. C'est ce qui fait la séduction de ce modèle, et en constitue en même temps les limites.

À postuler un fantasme sous-jacent à toute production somatique, on risque de restreindre singulièrement le champ de la psychosomatique, en fermant la porte de l'élaboration fantasmatique aux malades qui n'auraient pas, ou paraîtraient ne pas avoir, de fantasmes à présenter comme laisser-passer.

Le modèle hétérogène

Il y a des manifestations du corps qui ne relèvent pas d'une interprétation symbolique, mais qui méritent

tout de même l'attention des psychanalystes intéressés à la psychosomatique. C'est dire qu'il y a une partie du champ psychosomatique qui déborde celui de la psychanalyse ; et que c'est justement ce débordement qui constitue la question principale pour les psychosomaticiens.

Le modèle hétérogène ainsi défini repose sur la distinction, toujours maintenue par Freud tout au cours de son œuvre, entre névrose actuelle et psychonévrose. D'une part une pathologie explicable uniquement par les lois de la physiologie, à comprendre dans un registre actuel et anhistorique ; d'autre part, ses formations symptomatiques inscrites dans une histoire individuelle, renvoyant aux avatars de la sexualité infantile dont les conflits sont réactions après coup.

À vrai dire, l'intérêt du modèle hétérogène ne réside pas tant dans cette distinction, qui pourrait fort bien servir à conforter l'idée d'un dualisme psyché-soma, stérile en psychosomatique. Il s'agit plutôt de marquer les limites d'un champ, d'une façon assez généreuse pour que toute la pathologie somatique puisse y être considérée, y compris les maladies dont on sait qu'un facteur héréditaire y joue un rôle déterminant ; il s'agit également, à partir de ce que la clinique nous impose, de se donner les moyens de comprendre ce qui fait l'articulation entre psyché et soma, et les ratages de cette articulation.

Dans ses commentaires sur la complaisance somatique, Freud nous indique une voie de dégagement. Parlant du symptôme de conversion, il note qu'il y a toujours un grain de sable de névrose actuelle autour duquel se constitue la perle psychonévrotique (Freud, 1912, 248). Il utilisera aussi une autre image : celle du fil de fer (névrose actuelle) autour duquel s'enroule la guirlande (psychonévrose) (Freud, 1905, 84-85).

L'École de Paris fera sienne cette distinction entre névrose actuelle et psychonévrose, non pas tant pour en exploiter l'opposition apparente ; mais bien, dans une perspective évolutionniste, pour étudier les formes de passage entre somatose et névrose, entre « corps malade et corps érotique » (Fain et Dejours, 1984). Ou bien, si l'on veut, comment l'esprit vient au corps.

L'école de Paris

« C'est d'Amérique, ce pays qui ne recule devant l'audace d'aucun progrès, que ce mouvement est

parti (...) vaste mouvement dont les flots, par delà l'Atlantique, viennent battre les rivages de notre vieux continent. Sous ce flot déferlant, nos terrains anciens perdent parfois de leur solidité. La vieille médecine française elle-même, avec son fonds de rationalisme, y peut parfois glisser, comme sur un terrain mouvant, hors de la « zone de sécurité » de la critique scientifique » (Bonaparte, 1954, 276).

Ces commentaires de Marie Bonaparte, adressés « à notre si sympathique collègue Marty » (1954, 277) ; ainsi que d'autres moins amènes, qui ont suivi le mémoire de Marty et Fain sur *L'importance de la motricité dans la relation d'objet* (1955), provoqueront éventuellement cette réponse des auteurs :

« Nous sommes très émus à la pensée que Madame Marie Bonaparte soit tellement sensible à ce que nous avançons. Son intérêt pour notre travail a été très grand. Lorsqu'elle nous décrit laborieux, peinant, geignant sous le faix, obscurs tâcherons d'un long et inutile travail, Madame Bonaparte fait une erreur et confond la peine et l'acharnement qu'elle a mis à nous lire, le temps qu'elle a dépensé à tenter de nous comprendre « mais le temps ne fait rien à l'affaire », avec le plaisir que nous avons ressenti à rédiger ce que, contrairement croyons-nous à sa pensée profonde, elle qualifie de monstre inutile. » (Marty et Fain, 1955, 319).

Avouons pour notre part le plaisir que nous avons à citer cet échange polémique, témoin d'une rhétorique dont la tradition semble avoir été emportée par les flots déferlants de la bienséance et de la neutralité bienveillante qui régissent bien de nos échanges scientifiques.

Qu'en est-il de ce « monstre » théorique dont les auteurs de l'École de Paris ont accouché dans le plaisir ?

C'est à partir de 1950 que Marty et Fain, seuls ou en collaboration, commenceront à publier : études sur diverses entités pathologiques (hypertension, céphalée essentielle, ulcère gastro-duodénal, glaucome...); exposés de cures psychanalytiques de malades présentant des troubles somatiques; écrits théoriques; et interventions diverses.

Si l'on s'en tient aux repères bibliographiques, c'est vers la fin des années 50 que Michel de M'Uzan et Christian David se joindront à eux. En 1962, au 22e congrès des psychanalystes de langues romanes, l'École de Paris est constituée. Michel Fain et Chris-

tian David (1963) présentent le mémoire intitulé : *Aspects fonctionnels de la vie onirique*; Pierre Marty et Michel de M'Uzan (1963) font une communication sur *La pensée opératoire*. Les deux textes seront publiés dans la *Revue française de psychanalyse* en 1963, année même de la parution du livre signé Marty, de M'Uzan et David (1963) : *L'investigation psychosomatique*.

Quant à l'influence américaine sur les premiers écrits de l'École de Paris, il est hors de notre propos d'en rechercher les signes d'une manière systématique.

Remarquons tout de même l'influence certaine exercée par Alexander, et de sa critique sur l'extension de la théorie de la conversion hystérique à toutes les réactions psychosomatiques, « exemple typique d'une erreur qui s'est produite fréquemment dans l'histoire des sciences : celle de l'application non critiquée de concepts d'un domaine où ils sont valables à un autre domaine où ils ne le sont pas. » (cité par Debray, 1983, 11).

On sait qu'Alexander (1950) a étudié de manière privilégiée les maladies suivantes, au nombre de sept : les ulcères duodénaux, les colites, l'hypertension, l'asthme bronchique, les dermites d'origine nerveuse, l'arthrite rhumatoïdale, et l'hyperthyroïdie dites maladies psychosomatiques, par opposition à celles qui n'auraient pas accès à ce statut. Pourrait-on parler d'une époque « coloniale » de la psychosomatique, par analogie avec le temps où sept compagnies pétrolières qu'on appelait les « sept sœurs » se partageaient d'une manière exclusive le marché du pétrole ?

De toute manière, malgré la « colonisation » dénoncée par Marie Bonaparte (1954), le souci de repérer un conflit névrotique spécifique à l'origine d'une maladie somatique précise ne va pas caractériser la démarche de l'École de Paris. Non pas qu'en clinique psychosomatique ne s'impose parfois l'idée d'une corrélation frappante entre l'expression somatique et la configuration de la conflictualité mentale d'un sujet, dans les cas où le modèle homogène de Sami-Ali paraît rendre compte des manifestations somatiques. Le projet sera plutôt d'étudier les avatars de la mentalisation, et ce qui fait qu'il y a rencontre, ou rendez-vous raté, entre le soma et la psyché.

Entre la somatique et le mental, les auteurs de l'École de Paris ont fait une place particulière à la sensorio-motricité. Les premiers travaux de Marty

(1951) ont porté sur les céphalalgies, et avec Fain (Marty et Fain, 1952) sur les rachialgies. Marty et Fain (1955) encore ont présenté au congrès des langues romanes un mémoire intitulé : *Importance de la motricité dans la relation d'objet*. Enfin, dans *L'investigation psycho-somatique*, de Marty, de M'Uzan et David (1963), une grande place est faite aux manifestations sensorio-motrices, soit comme ébauches d'une activité fantasmatique, soit comme signe de l'échec de cette activité.

L'attention portée à ce thème est une constante à travers tous les écrits de l'École de Paris.

La sensorio-motricité et le principe d'équivalence énergétique.

Somatisation versus conversion

Il est assez curieux et ironique qu'on reproche souvent aux auteurs de l'École de Paris la notion de carence fantasmatique, où on semble vouloir parfois limiter, avec la pensée opératoire, leur contribution théorique à la psychosomatique, alors qu'on trouve énoncé dans leurs écrits le projet initial « d'agréger aussi loin que possible le somatique à la même dynamique et à la même énergétique que celles qui régissent la vie mentale des malades névrotiques. » (Marty, de M'Uzan et David, 1963, 1).

En ce qui concerne la carence fantasmatique, rappelons donc qu'on désigne ainsi la pauvreté d'une activité mentale *consciente*, fantasmatique ou intellectuelle, dans sa fonction de fournir des voies d'expression « évoluées », c'est-à-dire mentales, à la pression pulsionnelle. Il ne s'agit pas de conclure à l'inexistence de la vie fantasmatique. La valeur économique d'une fonction ne dépend pas de son activité propre, considérée isolément, mais dans son intégration harmonieuse dans un ensemble de fonctions hiérarchiquement organisées.

La « *mimique de fantasme* », activité sensorio-motrice se produisant au cours de l'investigation, se déployant à l'égard d'un objet-support extérieur, et venant rompre la relation avec l'interlocuteur, manifeste souvent par contre un fantasme sous-jacent qui n'a d'autre expression que sensorio-motrice.

« On a (...) le sentiment de l'*existence indubitable d'un fantasme profondément enfoui*, mais ce dernier reste (...) non mobilisable, comme si le sujet se trouvait sidéré et pris dans une forme

sensorio-motrice primitive, qui constitue justement le fantasme. » (Marty, de M'Uzan et David, 1963, 19).

Une activité fantasmatique ou intellectuelle consciente, plus ou moins coupées de ses sources dynamiques inconscientes d'une part ; et d'autre part un enlèvement dans la sensorio-motricité et éventuellement dans le somatique surchargé économiquement. Formulation qui rend compte de ce qui sera nommé plus tard « névrose de comportement », s'il s'agit d'un sujet au développement marqué de traumatismes précoces, empêchant l'instauration de relais ultérieurs d'ordre psychique de plus en plus complexes ; ou fonctionnement régressif d'organisations plus évoluées en état de dépression essentielle. Ainsi dans tous les cas, « les vagues inconscientes ne semblent pas d'ordinaire troubler la surface lisse d'une conscience apparemment simple ». (Marty, de M'Uzan et David, 1963, 258).

Le principe d'équivalence énergétique est le résultat d'une élaboration empirique au cours des investigations, où l'on accorde une attention particulière aux manifestations sensorio-motrices et éventuellement viscérales qui viendront couper le fil de la relation (Marty, de M'Uzan et David, 1963).

On peut l'énoncer ainsi : le symptôme somatique est la forme directe que prend un quantum d'énergie auquel les voies d'expression plus évoluées sont coupées. L'activité somatique perturbée représente une activité certes dégradée, mais équivalente, par un privilège accordé à l'économique qui paraît s'imposer dans les cas les plus graves, aux autres activités relationnelles : perceptives, imaginaires, et intellectuelles.

Équivalence, donc, du point de vue économique ; mais pas nécessairement du point de vue dynamique. C'est ce qui différencie la somatisation de la conversion. Celle-ci signifie un conflit qui a son origine sur la scène mentale, alors que la somatisation viendrait exprimer, si l'on peut dire, un négatif : l'incapacité d'élaborer mentalement un conflit, que cette incapacité soit structurale ou conjoncturelle, pour parler en termes ... économiques.

Le principe d'équivalence énergétique, issu de la clinique de l'investigation psychosomatique, illustre bien le débordement du champ de la psychosomatique par rapport à celui de la psychanalyse, sans pour autant que celle-ci perde la position centrale qui lui revient, en pointe évolutive. Débordement qui impose l'élaboration d'une nosographie propre

à la psychosomatique, extension de la nosographie psychanalytique.

À mesure qu'elle se constitue à partir de la psychanalyse, la psychosomatique se dégage progressivement de la médecine psychosomatique. Elle se donne ses propres critères, qui n'ont rien à voir avec les données biologiques, quantifiables et mesurables, de la discipline médicale. Comme l'écrit Michel Fain en 1956, c'est l'appréciation de la relation d'objet qui constitue la référence essentielle, par la prise en compte des symptômes psychonévrotiques, psychosomatiques et psychotiques, des traits de caractère, des sublimations permettant d'évaluer dans quelle mesure et par quels moyens « le moi s'épuise dans une lutte stérile contre son énergie pulsionnelle. » (Fain, 1956, 507).

Ceci conduira à un réaménagement global du champ psychosomatique. La meilleure illustration en est le dégagement de l'entité constituée par la structure allergique, en passant par la notion de relation d'objet allergique.

La relation d'objet allergique

Les deux articles de Pierre Marty sur l'allergie, publiés en 1958 et 1969 dans la *Revue française de psychanalyse*, sont séparés dans le temps par la constitution d'une nosographie à proprement parler psychosomatique.

Le texte de 1969 ne rend pas caduc celui de 1958, qui conserve toute sa pertinence. Mais il relativise la prise en considération des manifestations allergiques diagnostiquées médicalement. De telle sorte que le diagnostic de « structure allergique » (pour parler comme en 1969) peut se faire en l'absence d'une symptomatologie allergique définie médicalement ; de même que la présence d'une telle symptomatologie n'entraîne pas nécessairement que l'organisation psychosomatique d'un individu soit tributaire au premier chef de l'allergie comme structure.

Communément, la notion de « structure psychosomatique » renvoie aux notions de pauvreté relationnelle, d'atonie libidinale et de carence fantasmatique que la clinique nous amène souvent à associer aux atteintes somatiques graves. Il ne s'agit pas de cela ici : au contraire, on retrouve dans la relation d'objet allergique une présentation tout en contraste avec cette description : une libido toujours en éveil, et une richesse particulière de l'activité fan-

tasmatique.

Pourtant, s'il y a une structure psychosomatique par excellence, c'est bien la structure allergique, car c'est en un point particulier de fixation précisément somatique qu'elle trouve sa principale attache évolutive.

« Pour ma part », écrit Marty, « je n'ai toujours pas abandonné le *fantasme* (c'est nous qui soulignons) d'un mécanisme de fixation pré-natal. Comme à l'habitude des névroses, (bien que les affaires ici se situent dans un domaine plus large) cette fixation ne doit théoriquement constituer qu'un moment privilégié d'une phase habituelle de l'évolution. Le privilège à ce moment accordé qui cristallise l'organisation libidinale en cours en la chargeant subitement d'un poids particulièrement important, résulte sans doute d'événements ayant une valeur inhabituelle, c'est-à-dire traumatique. » (Marty, 1969, 246).

La relation d'objet allergique a les caractéristiques suivantes :

1. une indistinction entre soi et les autres, constituant la base d'une étonnante faculté d'empathie ;

2. une grande facilité d'établir des relations avec les autres, les sujets signalant avec une naïve coquetterie le fait que de nombreuses personnes s'adressent à eux spontanément et à tout propos ;

3. une aptitude étonnante à remplacer l'investissement d'un objet par celui d'un autre objet ;

4. une absence d'agression envers les autres ; (si les objets investis se montrent par trop étrangers au sujet, de nouveaux investissements surviendront rapidement, sauf en cas de mauvais fonctionnement du caractère allergique : auquel cas c'est la crise somatique qui éclate) ;

5. une représentation de la mère idéale constituant la référence obligée de toute relation, le décalage trop grand entre cette représentation et l'objet investi provoquant un conflit intérieur désorganisant (Marty, 1958, 1969, 1980).

En somme, un allergique n'a qu'un désir, unique et capital : se rapprocher le plus possible de l'objet jusqu'à se confondre avec lui. Le sujet allergique se trouve constamment engagé dans deux mouvements : la saisie de l'objet (immédiate, totale et brutale) ; et l'aménagement de l'objet (mouvement plus long dans le temps, et plus nuancé, véritable installation dans l'identification première).

« Je viens vous voir parce que vous êtes asthmatique. » (Marty, 1958, 6). « Vous désirez sans doute

que je vous parle de votre mère. » (Marty, 1958, 6).

Ces déclarations illustrent bien le mouvement de saisie immédiate de l'objet, en même temps qu'elles dénotent un mécanisme de projection ; mais une projection qui a une visée infiniment plus vaste que celle que l'on rencontre habituellement dans la clinique des névroses et des psychoses. Il ne s'agit pas d'exclure de soi ce qu'on peut considérer comme mauvais — l'allergique n'a que faire de la discrimination entre bon et mauvais — mais bien de servir l'objectif d'une identification totale à l'objet. Contrairement à ce qui se passe chez un malade paranoïde, « le moindre mouvement d'approche de l'objet provoque un revirement du sujet qui, d'apparement persécuté qu'il était, se sent alors aimé. » (Marty, 1958, 22).

Nous avons déjà insisté sur l'importance de la distinction entre diagnostic médical et diagnostic psychosomatique. Albert Dingli, à propos de l'asthme, en a donné une illustration clinique convaincante au VI^e Congrès de médecine psychosomatique de Montréal en 1981.

Contestant « l'image d'Épinal que constitue le profil de l'asthmatique en vogue dans certains milieux », il évoque les cas de trois enfants, en traitement avec lui, qui présentaient des asthmes sévères nécessitant des anti-inflammatoires majeurs, voire des séjours en réanimation, mais chacun avec une structure mentale distincte.

Le premier cas est celui d'un enfant de 7 ans, très handicapé par la maladie asthmatique dans son évolution scolaire, mais qui a montré au cours de la cure qui a duré deux ans, une particulière richesse de sa vie mentale. Il s'agissait d'une organisation oedipienne avec des points de fixation de type anal, recourant en cas de conflits à des défenses d'ordre phobique.

Comment comprendre, dans un cas semblable, la double réactivité qui s'exprime lors de décompensations : d'une part, la mobilisation de défenses mentales d'un type évolué (une symptomatologie psychonévrotique, par exemple), en même temps que s'installe une crise somatique grave (par exemple un asthme exigeant une hospitalisation, et une intervention médicale d'urgence) ?

Nous reviendrons à cette question après l'évocation des deux autres vignettes cliniques de Dingli.

Le second cas, également un jeune garçon de sept ans, correspondait tout à fait à la description de la structure allergique essentielle, dont nous avons énu-

méré précédemment les principaux traits de caractère.

C'était « un modèle de gentillesse, d'amabilité, de profonde bonté de laquelle était exclu tout sentiment de révolte ou d'agressivité » (...) « Mais c'est à une indistinction profonde entre lui et les autres, mise à jour dans notre relation, que portait l'essentiel de son caractère. Les nombreux exemples qui s'y rattachent seraient fastidieux à énumérer, mais pourtant celui où, de retour de vacances, il me demanda si j'avais convenablement passé les miennes à l'endroit d'où il revenait et qu'il lui fallut trois bonnes minutes pour se rendre compte de sa méprise, me semble assez évocateur de cette confusion en rapport avec sa perception atypique des autres et de lui-même. »

La visée de la psychothérapie — en plus du traitement médical qui s'impose dans ce genre de cas — ne saurait être la même que dans le cas de la structure oedipienne mentionnée en premier lieu. « Elle permettra les réinvestissements affectifs nécessaires. Elle indiquera au sujet ses mouvements inconscients et soulignera la précarité de ses relations objectales à outrance. Cela, du moins, jusqu'à ce que l'individu puisse à l'extérieur de la relation trouver un « objet-hôte » convenable, véritable suppléant du thérapeute. »

Le troisième cas, celui d'une petite fille, pourrait faire penser à une sorte de synthèse entre le premier et le deuxième cas. Grande malade asthmatique, elle se montre pourvue de mécanismes de défense de l'ordre de la mentalisation qui ne fonctionnent cependant que par intermittence. Pendant la cure, cela se manifesta dans le discours par des moments fugitifs d'indistinction évoquant un état de confusion onirique à forte participation orale. Le thérapeute manifestant sa présence par une intervention, cet état cessait aussitôt pour faire place à un discours plus organisé.

Gardant à l'esprit qu'il s'agissait d'une malade susceptible d'une désorganisation somatique grave, le thérapeute, dans ces moments de grande régression, qu'il avait pu mettre contre-transférentiellement en rapport avec un trop grand rapprocher ou au contraire un désintérêt de sa part, se gardait d'interprétations propres à confronter la malade à sa conflictualité, craignant une fuite désorganisante dans la somatisation.

« C'est ainsi qu'elle dessina un jour un gros et énorme serpent près d'une rivière. Alors que je

m'enquerais pour savoir ce que représentait cet achievement indéfiniment hélicoïdal du trajet de son crayon sur la feuille, elle me signala la présence de ce redoutable serpent en même temps sur la feuille, sous le divan, mais aussi au-dessus des nuages aperçus par la fenêtre. Elle me dit : « C'est toi ce serpent, il va te manger ». Elle poursuit : « Je te mange, c'est bien fait pour toi ».

« Je sais, dit Dingli, qu'on pourrait faire abstraction de cette minime confusion, et se lancer dans des interprétations, certainement de grande valeur, au sujet de ce matériel. Sans nul doute, cette enfant qui possède une organisation mentale, serait à même de s'en servir. » Il s'est limité à une intervention (« Comment cela était-il possible pratiquement ? ») qui était un appel à un discours plus secondarisé ; et en même temps la manifestation de sa présence.

Cette patiente n'a jamais eu de manifestation aiguë de sa maladie en présence et au contact d'allergènes seuls, malgré le nombre impressionnant d'objets courants qualifiés par les tests et incriminés par eux comme facteurs déclenchants de ses crises. Celles-ci apparurent après deux ans de séparation d'avec ses parents, alors qu'elle venait de les rejoindre ; et d'autant plus qu'une petite sœur était née pendant son éloignement.

Il s'agit donc d'un cas qui présente une réactivité d'abord d'ordre mental face au conflit, la réactivité somatique apparaissant en cours de désorganisation, lors du débordement des défenses mentales. L'indication d'une psychothérapie reste essentielle : elle met l'accent sur les traumatismes d'ordre affectif, et peut réduire ainsi la nécessité du recours au traitement médical.

En résumé, pour la même maladie somatique, éprouvée gravement dans tous les cas, nous sommes devant trois configurations différentes du point de vue mental :

1. une structure oedipienne avec une réactivité somatique parallèle et concomitante, sans abrasion des défenses mentales ;
2. une structure allergique essentielle, sans défense qui vaille du point de vue mental ;
3. une névrose de caractère au fonctionnement mental intermittent, la réactivité somatique apparaissant lors du débordement des défenses mentales.

Le point de vue évolutionniste

Le principe d'équivalence énergétique, énoncé précédemment, accorde une valeur relationnelle, au cours de l'investigation, aussi bien aux manifestations purement somatiques qu'aux activités perceptives, imaginaires et intellectuelles. Il convient cependant d'insister sur le fait qu'il y a une gradation du somatique au mental, et qu'ainsi se trouve posé implicitement un point de vue évolutionniste.

Point de vue qui sera explicité plus tard par Pierre Marty à la base de sa conception de l'organisation psychosomatique. Ainsi se trouve défini un parcours, par paliers évolutifs successifs de natures différentes, comportant la prise en compte aussi bien de « points de fixation » héréditaires que des avatars de la mise en place de la vie mentale, avec la constitution de la première, puis de la deuxième topique dans les cas les plus favorables.

Cette évolution n'est pas à comprendre d'une façon purement linéaire. Dans un cheminement qui porte de plus en plus la marque d'une histoire qui s'individualise, des effets d'après-coup peuvent se produire, et ramener le sujet à un niveau évolutif dépassé, qu'il soit de l'ordre mental ou éventuellement de l'ordre somatique, l'évolution personnelle se trouvant ainsi globalement mise en cause, ou en partie seulement. Ce sont des moments de régression, terme qu'il convient d'entendre dans une acception plus large en psychosomatique qu'en psychanalyse.

Des reprises évolutives peuvent également se produire, soit spontanément, soit du fait d'une thérapie, permettant de quitter le régime du pilotage automatique représenté par la régression somatique et le recours à des modes de fonctionnement déterminés uniquement par l'appartenance à l'espèce.

Ce parcours psychosomatique jusqu'à la vie mentale représentée par le fonctionnement harmonieux de la deuxième topique, Pierre Marty (1984) le représente par la convergence de faisceaux évolutifs à partir de ce qu'il appelle la « mosaïque première », qui est l'image que donnerait une coupe horizontale à la base de l'évolution individuelle. On aurait sous les yeux comme un archipel d'îlots indépendants les uns des autres, avec chacun son régime politique, sans égard pour une loi qui leur serait commune, et propre à assurer la progression harmonieuse de l'ensemble.

La tâche vitale, à chaque niveau évolutif,

consisterait en l'unification de ces dynamismes indépendants les uns des autres, ce qui permettrait d'aborder dans les meilleures conditions l'étape évolutive suivante.

L'histoire, bien sûr, ne se passe pas toujours ainsi. Il y a des îlots qui résistent indéfiniment à ces processus de liaison. C'est ce que Marty appelle les « dynamismes parallèles », qui ne mettent pas en cause la constitution d'un faisceau central commun, éventuellement mental. C'est le premier cas de Dingli (1981) : réactivité allergique co-existant avec une structure oedipienne.

D'autres îlots rejoindront tardivement dans l'évolution le faisceau central, commun : il s'agit des « chaînes évolutives latérales », susceptibles de réactiver leur dynamisme propre en cas de défaillance de l'organisation centrale. C'est le troisième cas de Dingli (1981), qui tend à montrer que le renforcement de la chaîne évolutive centrale qui aboutit à la mentalisation réduira les possibilités de manifestations autonomes sur le mode de crises asthmatiques.

Le deuxième cas (Dingli, 1981) (structure allergique essentielle) illustre l'échec de la mise en place d'une chaîne évolutive centrale aboutissant à la mentalisation, ce qui permet à la chaîne évolutive allergique, d'occuper, si l'on peut dire, toute la place.

Il y a une quatrième éventualité à considérer : celle où aucune chaîne évolutive n'atteint à un développement suffisant pour occuper une place centrale, et servir ainsi de point d'appel aux dynamismes latéraux. Ces organisations — si l'on peut dire — correspondraient à ce que Michel de M'Uzan a appelé « personnalités en archipel ». (De M'Uzan, 1968, 240 ; De M'Uzan, 1973, 11).

« Dans ce développement, certaines organisations fonctionnelles ont une évolution relativement courte dans le temps avant d'atteindre leur maturité : la plupart des organisations viscérales, par exemple. D'autres ont une évolution plus longue, par exemple la fonction visuelle dont l'achèvement se situe vers l'âge de cinq ans, ou les fonctions motrices et d'équilibration qui s'achèvent vers la douzième année. De toutes c'est l'évolution des fonctions mentales qui prend le plus de temps, puisque l'organisation terminale idéale ne peut s'instaurer qu'après la puberté ; et encore des modifications peuvent-elles intervenir pendant l'adolescence. Je signale (...) l'intérêt pour la

psychosomatique des évolutions fonctionnelles longues, dont la lignée mentale est l'exemple le plus représentatif. Plus une lignée évolutive fonctionnelle est longue dans le temps, plus elle a de chance d'installer des systèmes de fixations, lieux ultérieurs de régressions qui serviront de paliers d'arrêt, puis de réorganisation, lors des désorganisations contre-évolutives. » (Marty, 1984, 104).

La nosographie psychosomatique

La nosographie psychosomatique se réfère au point de vue évolutionniste, et se présente comme une extension de la nosographie psychanalytique, aménagée pour tenir compte des avatars du fonctionnement mental. Nous évoquerons ici les grandes lignes de cette classification, renvoyant le lecteur aux observations abondamment commentées de Pierre Marty pour les illustrations cliniques (voir à ce propos Marty, De M'Uzan et David, 1963 ; Marty, 1976 ; Marty, 1980 ; Marty et Loriod, 1986).

Une remarque préliminaire s'impose : il ne s'agit pas ici, à l'évidence, d'opposer d'une manière simple (ou, dirions-nous, simpliste) des structures où la mentalisation jouerait constamment son rôle dans l'élaboration des conflits, à d'autres structures marquées d'une manière irrémédiable par la carence fantasmatique. Quiconque s'est intéressé d'un peu près à la clinique psychosomatique sait bien que c'est là une position intenable. Non pas qu'il faille céder à la facilité de dire que « tout le monde peut somatiser ». Nous aurions beaucoup à apprendre de nos collègues travaillant en gériatrie ; ils pourraient nous entretenir de personnes qui ne paraissent atteintes que par l'usure de l'âge, et qui montrent les signes d'une libido toujours en éveil. Ces cas sont rares, certes, de même que sont rares les malades, qu'on rencontre surtout en milieu hospitalier — et pour cause ! — pour qui le recours à la somatisation paraît s'imposer, tellement les voies de décharge autres que comportementales paraissent peu utilisables. Ces cas existent : on ne saurait considérer ces structures comme simplement des concepts-limites destinés à marquer un champ, ou comme des épisodes « féconds » — dans le sens de la somatisation ou celui de la mentalisation — ponctuant l'existence de chacun d'entre nous. Il est bien vrai cependant que la plus grande partie des parcours psychosomatiques individuels se situent entre ces deux extrémités. C'est

d'ailleurs ce qui constitue la complexité, l'originalité, et l'intérêt de la psychosomatique.

On opère ainsi dans le champ psychosomatique les divisions suivantes : névroses mentales, névroses de caractère, névroses de comportement. (Dans une version récente de la nosographie, Marty (1987) a procédé à un découpage semblable en ce qui concerne les psychoses). Si l'on ajoute la structure allergique essentielle (à situer dans une ligne évolutive parallèle à celle de la mentalisation), se trouvent définies par ces catégories les organisations psychosomatiques fondamentales, inamovibles à l'âge adulte, déterminant en quelque sorte la marge de manœuvre d'un sujet donné, entre somatisation et mentalisation.

Sauf atteintes somatiques accidentelles au sens traumatique chirurgical, ou, à la rigueur, infectieuses lors d'épidémies — c'est-à-dire dans les situations où l'environnement pèse de tout son poids — la définition des structures fondamentales dites « mentales » implique la capacité d'élaborer totalement sur la scène mentale, et de façon continue, les conflits survenant au cours de l'existence. À noter la rigueur avec laquelle Marty (1987) définit cette catégorie : les organisations anales avec manifestations obsessionnelles passagères, et les organisations hystériques avec phénomènes de conversion s'en trouvent exclues, car la systématique mentale a été, dans ces cas, débordée par le conflit, au moins momentanément.

À l'autre extrémité du spectre psychosomatique, les structures dites « de comportement » n'ont pas accès à la scène mentale. Tout se joue dans l'agir et la sensorio-motricité. Ce sont des structures (au sens psychosomatique, pas au sens psychanalytique) qui signent la faillite de l'organisation génétique anale, avec ce que cela signifie de capacité de rétention dans l'espace mental. En cas de perte d'objet, le deuil sera impossible, et c'est sur le soma que se portera l'ombre de l'objet.

Entre ces deux extrêmes se trouve le vaste domaine, qui occupe le territoire le plus important en psychosomatique, des structures dites « de caractère ». Du fait de l'intermittence du fonctionnement mental qui les définit, et de la qualité variable de ce fonctionnement quand il se manifeste (à partir d'un fonctionnement régi par un Moi-Idéal mégalomane et mortifère, en passant par la polarisation des Idéaux du Moi de plus en plus souples et intégrés, jusqu'à une mentalisation sous l'égide d'un

Surmoi héritier du complexe d'Œdipe). On pourra assister ici aux désorganisations les plus dramatiques, car elles mettent en cause les organisations de caractère les plus évoluées.

Les processus de somatisation

Les formes que prennent les somatisations chez l'adulte dépendent de plusieurs facteurs : l'hérédité, la congénitalité (vie intra-utérine et naissance), le passé psychosomatique, et l'actualité d'agents extérieurs pathogènes, dont il convient, d'ailleurs, de mesurer l'importance selon la structure psychosomatique fondamentale (Marty, 1984).

L'étude des processus de somatisation prend tout son intérêt dans les névroses de caractère, puisque les structures mentales aménagent les conflits à leur manière, sans recours à la somatisation ; et que les névroses de comportement, au ras de la sensorio-motricité, ne sauraient trouver d'autres issues que somatiques en cas de débordement.

De telle sorte que c'est l'« épaisseur régressive », autrement dit la qualité du fonctionnement du préconscient, qui détermine si un traumatisme (la rupture d'un investissement affectif important pour l'individu en cause) doit se répercuter du côté de la mentalisation, ou du côté de la somatisation ; ou bien, éventuellement, les deux à la fois.

De plus, le parcours contre-évolutif vers la somatisation peut se faire d'une manière relativement ordonnée, vers une position de repli permettant une relance évolutive : ce sont les régressions. Ou bien c'est la déroute psychosomatique, à partir de la dépression essentielle (notion sur laquelle nous reviendrons), alors qu'aucun point de fixation ne peut servir de point d'appel à une relance évolutive : c'est la désorganisation progressive.

C'est dire que les structures de caractère sont capables de tout. Chez des sujets à l'armure caractérielle impressionnante, il y a des moments de grande fragilité où peut s'initier un trajet contre-évolutif à l'issue fatale, à l'image d'un train sans prise sur la crémaillère, et dévalant la pente en roue libre. Les facteurs que nous avons énumérés tout à l'heure (de l'hérédité aux agents extérieurs pathogènes dans l'actualité) pourront faire sentir pleinement leur influence.

À d'autres moments, au contraire, chez la même névrose de caractère, les défenses mentales pour-

ront se mobiliser, et laisser peu de champ au jeu des facteurs pathogènes. S'il y a maladie somatique, elle ne sera pas précédée par une période de dépression essentielle. C'est une situation qui comporte en elle-même une capacité de reprise évolutive, qu'elle soit spontanée, ou qu'elle réponde à une assistance thérapeutique.

La pensée opératoire

C'est en 1962, au 23^e congrès des psychanalystes de langues romanes, que Pierre Marty et Michel de M'Uzan introduisent la notion de *pensée opératoire*, qui « n'a guère de quoi susciter l'intérêt des psychanalystes », puisque c'est une pensée consciente qui a deux caractéristiques :

1. elle paraît sans lien organique avec une activité phantasmatique de niveau appréciable ;
2. elle double et illustre l'action, parfois la précède ou la suit, mais dans un champ temporel limité. (Marty et de M'Uzan, 1963, 345).

La question se pose, pour les auteurs, du lien électif entre ce type de pensée et les « psychosomatoses » (« affections où les dispositions de la personnalité ont pour voie d'issue majeure aux situations conflictuelles la voie somatique ») (Marty et de M'Uzan, 1963, 346). Si ce lien se vérifiait d'une manière exclusive, la pensée opératoire constituerait un mode original de relation d'objet, avec une valeur nosographique comparable à celle des descriptions de Maurice Bouvet.

Résumons la présentation de ces malades. Les troubles — des symptômes somatiques quelconques — sont présentés comme autant de faits isolés, n'ayant aucune portée relationnelle. L'investigateur se trouve réduit à une fonction : quelqu'un à qui on remet ses symptômes, et de qui on n'attend rien d'autre que la guérison, sans aucun engagement affectif.

L'investigateur, malgré qu'on réponde à ses questions, reste insatisfait. Il n'y a pas de véritable contact, c'est une « *relation blanche* ». On peut rattacher l'apparition des troubles à des circonstances anecdotiques précises, mais on n'obtient aucune association qui ne soit liée à la matérialité la plus étroite des faits, comprise dans le champ temporel le plus limité.

Le malade est présent, mais vide ; ce qui est susceptible de provoquer le désarroi de l'investigateur devant une carence identificatoire aussi marquée.

La pensée entretient une relation étroite avec la

sensorio-motricité. Elle ne tend pas à signifier l'action, mais à la doubler : le verbe ne fait rien d'autre que de répéter ce que la main a fait en travaillant, et se montre déterminée par le conformisme, c'est-à-dire ne dépassant pas le niveau d'identification de pure surface.

Pour distinguer la pensée opératoire de la pensée obsessionnelle, les auteurs passent en revue certaines caractéristiques de cette dernière : la distance à l'égard de l'objet ; la manipulation d'une pensée riche en valeurs symboliques ou magiques ; l'omniprésence du doute ; le sur-investissement des mots ; la relation à la temporalité. Tout cela distingue l'obsessionnel de l'opératoire. Celui-ci se meut dans un champ temporel très limité, déterminé par la notion de succession ; son langage n'a qu'une valeur pragmatique et instrumentale, de même que le contenu de sa pensée ne montre de l'intérêt que pour le contrôle immédiat de l'enchaînement de l'action.

Cette pensée cependant laisse passer parfois le surgissement soudain, sans liens apparents avec le contexte, de manifestations verbales perverses ou agressives, irruptions pulsionnelles non élaborées, qui montrent que tout lien n'est pas coupé avec l'inconscient, le contact se faisant au niveau le plus bas (du point de vue de l'élaboration mentale).

Pourrait-on rapprocher ces phénomènes de ce qu'on décrit souvent dans les narrations de cure de malades dits « psychosomatiques » : c'est-à-dire l'émergence inattendue d'une fantasmatique de type archaïque. Faut-il considérer alors que l'on a trouvé la cause du mal psychosomatique ; ou s'agit-il de la reprise d'une vie fantasmatique, fut-elle de type archaïque, grâce aux qualités du psychanalyste-biographe (au sens de Piera Aulagnier, 1986) qui est le témoin privilégié d'une vie enlisée dans les marécages de la pathologie somatique ?

Par la suite, avec le développement de la nosographie psychosomatique, sera abandonnée l'idée d'une structure psychosomatique unique, dont la pensée opératoire serait l'expression. Mais la notion n'a pas été abandonnée. Pierre Marty (1980, 93) parlera par la suite de « *vie opératoire* », mode d'existence en rapport avec une dépression essentielle installée pour durer, chez un sujet qui souvent s'est montré capable d'une tout autre qualité de fonctionnement mental.

Pensée opératoire et alexithymie

Le terme d'alexithymie a été forgé par Sifneos (1972), du groupe de Boston, pour caractériser des malades atteints de « maladies psychosomatiques classiques ». On note chez ces sujets la pauvreté de la vie fantasmatique, la difficulté de se rappeler les rêves, l'incapacité d'exprimer les sentiments avec des mots, et un mode de penser utilitaire sans relation appréciable avec les fantasmes inconscients. C'est un trouble cognitif-affectif qui affecte la façon dont les individus vivent et expriment leurs émotions (Taylor, 1977, 1984).

Ainsi définie, cette notion se rapproche certainement de la pensée opératoire, de telle sorte qu'on entend souvent utiliser un terme pour l'autre, comme s'il s'agissait de synonymes. Ce qui mériterait certainement discussion. Si pensée opératoire et alexithymie se réfèrent, pour l'essentiel, à la même réalité clinique, les contextes théoriques évoqués par ces deux expressions diffèrent notablement.

Notons simplement ici que Nemiah et Sifneos, les promoteurs de l'alexithymie, ont eu recours à des explications neuro-physiologiques pour en rendre compte. La revue de la littérature effectuée par Taylor (1984) montre que de multiples études, d'inspirations théoriques diverses, ont été consacrées au sujet. L'alexithymie est devenue une entité morbide en soi, dont on cherche à valider l'existence par des études statistiques, et des tests visant à quantifier l'activité symbolique, la genèse du fantasme et l'expression verbale des affects (Taylor, 1984).

Par contraste, la pensée opératoire évoque un moment évolutif. D'abord du point de vue théorique, puisque cette notion n'occupe plus la place centrale qu'elle occupait en 1963, alors qu'on voulait y voir l'expression privilégiée d'une structure supposément psychosomatique. Moment évolutif aussi quant au parcours psychosomatique individuel, puisque la pensée opératoire, devenue maintenant vie opératoire, peut faire partie de l'expérience vitale de la plupart d'entre nous, suite à un épisode de dépression essentielle.

Alexithymie et pensée opératoire ne sont pas synonymes : l'alexithymie appartient au domaine de la médecine psychosomatique, et la pensée opératoire à celui de la psychosomatique.

La dépression essentielle

C'est en 1966 que Marty décrit la dépression essentielle dans un court exposé dont le texte sera publié par la suite dans la *Revue française de psychanalyse* (Marty, 1968). Appellée aussi dépression psychosomatique et dépression sans objet, elle se rapproche cliniquement de la description de la pensée opératoire (Marty et de M'Uzan, 1963) : « le tableau d'une crise sans bruit, laquelle prélude souvent à l'installation de la vie opératoire, véritable dépression chronique, dans laquelle elle se fond » (Marty, 1968, 596).

L'absence d'une psycho-pathologie expressive distingue la dépression essentielle des autres types de dépression. Le calme règne, sauf pour quelques poussées d'angoisse signalant que la dépression n'est pas encore véritablement installée. Le patient consulte — ou plutôt on l'envoie consulter — presque par accident. La raison en est quelque fatigue, ou quelque accident somatique mineur.

Le contact est caractéristique de la « relation blanche » associée à la pensée opératoire. Il y a effacement, sur toute l'échelle de la dynamique mentale, des fonctions capitales de l'introjection, de la projection, du déplacement, de la condensation, de l'association des idées ; effacement probant aussi des vies onirique et fantasmatique.

La dépression essentielle marque le passage, chez les névrosés de caractère, d'un fonctionnement mental plus ou moins soutenu, à un état de délitescence où il n'y a aucun mouvement apparent, équilibre instable dont la rupture provoquera la désorganisation progressive, et l'apparition de troubles somatiques graves, sans reprise évolutive.

Il n'y a aucun mouvement donc, sauf celui qu'on pourrait assimiler à l'erre d'aller, c'est-à-dire un mouvement coupé de ses sources dynamiques. Il n'y a pas encore de symptomatologie somatique alarmante ; il n'y a plus de manifestations de la vie mentale, sinon une activité collant étroitement au factuel et à l'actuel.

Le tableau ne semble pas dramatique, mais c'est parce qu'il n'y a plus de scène où jouer le drame. Pourtant l'anamnèse peut révéler de quoi faire un drame : un traumatisme récent, d'anciens conflits, autant d'éléments qui ne paraissent pas avoir eu d'impact sur le vie du patient.

Comme dans certains livres pour enfants, où on invite le lecteur à se projeter dans une histoire aux

multiples péripéties dont il deviendra ainsi le héros, nous nous trouvons devant une histoire déshabitée, à laquelle manque le principal personnage. L'analyste peut être tenté d'occuper la place laissée vacante, au risque d'occulter un projet thérapeutique de ré-appropriation par le patient d'une histoire qui soit la sienne. De prêter au malade une richesse dont il est dépourvu est une manière, notera Michel Fain, de ne rien lui donner (Fain, 1966).

L'abaissement du tonus libidinal à la fois objectif et narcissique, de même que le délitement de la scène mentale, manifestent l'action souterraine et silencieuse de l'instinct de mort.

« La dépression essentielle constitue un tableau moins spectaculaire que celui de la dépression mélancolique, mais je crains qu'il ne conduise plus sûrement et plus naturellement à la mort, » (Marty, 1968, 597) ou à des atteintes somatiques graves laissant des stigmates irréversibles.

D'où l'urgence de ne pas laisser un personnage à toutes fins pratiques muet s'épuiser dans un dérisoire et tragique sémaphore de messages relationnels non captés.

Dépression essentielle et Giving-up — Given-up Complex

Dans un article de 1968, Georges Engel, représentant éminent de l'École de Rochester, décrit le « Giving-up — Given-up Complex » (Engel, 1968), concept dont l'intuition première revient à Schmale (1965).

À partir de l'observation que la maladie somatique est souvent précédée par une période de désarroi psychologique, pendant laquelle l'individu se sent incapable de faire face, Engel émet l'hypothèse que la défaillance temporaire des mécanismes de défenses mentaux a pour conséquence l'activation de réactions de défenses biologiques.

Cette surcharge provoque des changements dans l'économie de l'organisme, de telle sorte que se trouve altérée la capacité de mettre en échec les processus pathogéniques. La maladie alors pourra éclore, et se développer.

On ne s'étonnera pas que dans ce texte d'une grande finesse clinique, publié dans une revue de médecine interne, on ne trouve pas de considérations métapsychologiques. Mais l'insistance sur un type particulier de dépression, la perte d'objet, l'altération de l'image de soi, le rapport troublé au temps

et à l'histoire personnelle constituent des notions éclairantes pour quiconque travaille en clinique psychosomatique.

Traitement psychanalytique des maladies somatiques

Comme il n'existe pas de structure unique qui explique la tendance à la somatisation, et qui serait l'apanage de malades dits « psychosomatiques », la question de savoir s'il faut proposer, dans ces cas, une cure psychanalytique (cure-type ou cure-pas-type) nous entrainerait dans un débat creux et abstrait, et finalement sans intérêt.

Puisque chacun d'entre nous a une organisation psychosomatique dont les tropismes l'orientent, à des degrés divers, et sans exclusive, vers la somatisation, les formations de caractère, ou l'élaboration mentale, en réponse aux excitations provenant de l'inconscient, il convient de poser autrement la question. De toute manière, il ne saurait s'agir de formuler des « conduites à tenir », telles que codifiées en médecine, selon des critères définis objectivement.

Écartons tout d'abord que du point de vue de la psychosomatique, le diagnostic médical considéré en soi puisse servir de critère dans l'indication thérapeutique. Ce diagnostic, en effet, quelque soit sa gravité, ne dit rien des capacités de reprise évolutive d'un sujet. Nous avons vu, dans les pages qui précèdent, que les névroses de caractères les mieux mentalisées sont sujettes à des ratages susceptibles de provoquer les chutes les plus vertigineuses dans la somatisation.

D'autre part, la présence d'une pathologie organique engageant le pronostic vital, par une désorganisation qui « dissocie le conflit de la sphère psychique en l'excluant dans le soma (et non dans le corps libidinal), par une désintrication de la psyché et du soma » (Green, 1974) impose au psychosomaticien certaines précautions dans ce qu'il va proposer comme démarche thérapeutique.

C'est dire que l'éventail thérapeutique en psychosomatique ne se confond pas avec ce qu'on peut appeler les indications de la psychanalyse. Il peut y avoir coïncidence, comme il peut y avoir débordement, selon les structures psychosomatiques auxquelles on s'adresse. Encore qu'à ce propos, comme l'écrit André Green, « si n'importe quel patient n'est pas analysable, je préfère penser qu'il ne l'est pas par moi... » (Green, 1974, 230).

Green désigne ainsi ce que le psychanalyste se sent capable d'offrir. C'est la première limite posée à notre ambition thérapeutique. La deuxième est constituée par ce qu'il est possible de dégager de la demande; demande qui, en psychosomatique, doit bien s'interpréter d'une manière assez extensive, conformément, encore une fois, au principe d'équivalence énergétique. À ce propos, avons-nous dit plus haut, l'activité somatique perturbée prend une valeur relationnelle, en cas de carence des autres activités relationnelles (perceptives, imaginaires, et intellectuelles). Mais il est bien délicat de conclure à une indication thérapeutique à partir d'une demande qui n'emprunterait que la voie du somatique...

En pratique, on peut schématiser de la manière suivante les projets thérapeutiques en psychosomatique, dans la perspective évolutionniste d'un dégagement progressif de la sensorio-motricité: psychothérapie corporelle psychanalytique; psychothérapie en face-à-face; et cure psychanalytique.

La psychothérapie corporelle psychanalytique est l'appellation donnée par Marie-Lise Roux à la cure de relaxation d'inspiration psychanalytique.

Dans la psychothérapie corporelle psychanalytique, l'expérience sensorielle constitue le lieu thérapeutique où va s'instaurer le dialogue. La consigne est de mettre en mots tout ce qui est senti dans le corps. L'élément relationnel y est capital, et toute modification tonique prend un sens par le changement qu'elle entraîne dans la relation avec autrui. « Le thérapeute, écrit Marie-Lise Roux, en choisissant comme référent le corps propre du sujet, rétablit celui-ci dans son statut primitif d'objet de l'objet » (Roux, 1984, 1482).

La cure de relaxation s'adresse à des patients dont l'équilibre repose avant tout sur des défenses sensorielles et des expressions sensorio-motrices — du moins temporairement — sans préjudice d'une démarche ultérieure centrée davantage sur la verbalisation des manifestations de la vie fantasmatique et de la vie mentale.

Pour les autres patients, entre divan et fauteuil, que proposer? Il y a des structures, et il y a des conjonctures, où le fonctionnement mental d'un sujet lors de la cure doit se soutenir de la perception visuelle de l'objet-thérapeute. Autrement dit, si l'on a des raisons de penser que le préconscient peut se montrer défaillant dans son activité de liaison entre les représentations de choses (images visuelles) et les représentations de mots (images acoustiques), il

y a lieu d'en tenir compte lorsque vient le temps d'aménager un projet thérapeutique.

« Les voleurs, les espions, les amants, les diplomates, enfin tous les esclaves connaissent seuls les ressources et les réjouissances du regard » (Balzac, 1839, 155). À ces personnages, pour peu qu'ils songent à consulter, on serait tenté d'indiquer d'emblée le chemin du divan.

L'expérience de la perception de l'analyste (premières rencontres, négociations pour la mise en place du cadre, arrivée et départ lors des séances...), puis de l'effacement visuel de celui-ci, provoquera une intense activité de recherche qui révélera autant de choses sur l'« espion », et sur sa souffrance, que sur l'objet de sa quête: un regard en quête d'un regard.

Voir et regarder, ce n'est pas la même chose; « les ressources et les réjouissances du regard » ne sont pas données d'emblée. Le terme même de « regarder » suppose une activité réflexive de représentation, absente du « voir ». Qu'il y ait ou non des « aveugles-nés de l'inconscient » (Marty et de M'Uzan, 1963, 352), cela peut se débattre; que chacun de nous ait besoin d'un regard qui le reconnaisse, alors qu'il ne se connaît pas, ou qu'il ne se reconnaît plus, cela ne saurait se discuter.

En matière de traitement psychosomatique, la question en somme est de déterminer ce qu'il faut donner à sentir, ce qu'il faut donner à voir, et ce qu'il faut donner à entendre.

Après, on peut parler.

Références

- Alexander, F., 1950, *La médecine psychosomatique*, Paris, Payot.
- Aulagnier, P., 1986, Naissance d'un corps, origine d'une histoire, in *Corps et histoire, IV^e Rencontres psychanalytiques d'Aix-en-Provence* 1985, Confluents psychanalytiques, Les Belles Lettres.
- Balzac, H., 1839, Une fille d'Ève, *uvres, II*, N.R.F., Pléiade.
- Bonaparte, M., 1954, Petit essai critique sur la médecine psychosomatique, *Revue française de psychanalyse*, 18, no. 2, 276-280.
- Calvino, I., 1959, *Le chevalier inexistant*, Éditions du Seuil, Paris.
- Debray, R., 1983, *L'équilibre psychosomatique, organisation mentale des diabétiques*, Dunod, Paris.
- Dingli, A., 1981, *L'économie psychosomatique de l'asthme infantile*, inédit, VI^e Congrès de médecine psychosomatique, Montréal.
- Engel, G.L., 1968, A life setting conducive to illness: the Giving-Up Given-Up complex, *Annals of Internal Medicine*, 69, no. 2, 243-300.

- Fain, M., 1956, Le mouvement psychosomatique dans la médecine, in *La psychanalyse d'aujourd'hui*, Tome I, 1ère édition, Presses universitaires de France (texte non-réédité dans la 2e édition de 1967).
- Fain, M., 1966, Régression et psychosomatique, *Revue française de psychanalyse*, 30, no. 4, 451-456.
- Fain, M., 1971, Prélude à la vie fantasmatique, *Revue française de psychanalyse*, 35, no. 2-3, 291-364.
- Fain, M., David, C., 1963, Aspects fonctionnels de la vie onirique, *Revue française de psychanalyse*, 27, 241-343.
- Fain, M., Dejours, C., 1984, *Corps malade et corps érotique*, Masson, Paris.
- Freud, S., 1905, *Fragment of An Analysis of a Case of Hysteria*, Standard Edition, VII, Hogarth Press.
- Freud, S., 1912, *A Discussion on Masturbation*, Standard Edition, XII, Hogarth Press.
- Green, A., 1974, L'analyste, la symbolisation et l'absence dans le cadre analytique, À propos des changements dans la pratique et l'expérience analytiques, *Nouvelle revue de psychanalytique*, 10, 225-258.
- Langlois, J.L., 1982, Intervention à la 9e réunion scientifique annuelle de la Société Canadienne de psychanalyse, inédit.
- Laplanche, J., 1970, *Vie et mort en psychanalyse*, Flammarion, Paris.
- Marty, P., 1951, Aspect psychodynamique de l'étude clinique de quelques cas de céphalalgies, *Revue française de psychanalyse*, 15, no. 2, 216-252.
- Marty, P., 1958, La relation objectale allergique, *Revue française de psychanalyse*, 22, no. 1, 5-35.
- Marty, P., 1968, La dépression essentielle, *Revue française de psychanalyse*, 32, no. 3, 595-598.
- Marty, P., 1969, Notes cliniques et hypothèses à propos de l'économie de l'allergie, *Revue française de psychanalyse*, 33, no. 2, 243-253.
- Marty, P., 1976, *Les mouvements individuels de vie et de mort, essai d'économie psychosomatique*, Payot, Paris.
- Marty, P., 1980, *L'ordre psychosomatique*, Payot, Paris.
- Marty, P., 1984, Des processus de somatisation, in Fain, M. et Dejours, C., eds, *Corps malade et corps érotique*, Masson, (Communication au VIe Congrès de médecine psychosomatique, Montréal, 1981).
- Marty, P., 1987, *Classification psychosomatique*, Grille Marty I.P.S.O., 1987, No ISBN 2-907020-00-5.
- Marty, P., Fain, M., 1952, Contribution à l'étude des rachialgies par l'examen psycho-dynamique des malades, *Évolution psychiatrique*, I, 85-121.
- Marty, P., Fain, M., 1955, Importance du rôle de la motricité dans la relation d'objet, *Revue française de psychanalyse*, 19, no. 1-2, 205-322.
- Marty, P., De M'Uzan, M., 1963, La « pensée opératoire », *Revue française de psychanalyse*, 27, 345-356.
- Marty, P., De M'Uzan, M., David, C., 1963, *L'investigation psychosomatique*, Presses universitaires de France, Paris.
- Marty, P., Llorid, J., 1986, Fonctionnement mental et fonctionnement somatique, in *Corps et histoire, IVe Rencontres psychanalytiques d'Aix-en-Provence* 1985, confluent psychanalytiques, Les Belles Lettres.
- Mc Dougall, J., 1986, Un corps pour deux, in *Corps et histoire IVe Rencontres psychanalytiques d'Aix-en-Provence* 1985, Confluent psychanalytiques, Les Belles Lettres.
- De M'Uzan, M., 1968, Transferts et névroses de transfert, *Revue française de psychanalyse*, 32, no. 2, 235-241.
- De M'Uzan, M., 1973, Psychanalyse et médecine psychosomatique, *Fortbildungskurse Schweiz. Ges. Psych.*, 6, 4-13, Karger, Basel.
- Roux, M.L., 1984, Corps affectés et désaffectés, *Revue française de psychanalyse*, 48, no. 6, 1473-1483.
- Sami Ali, 1969, Étude de l'image du corps dans l'urticaire, *Revue française de psychanalyse*, 33, no. 2, 201-226.
- Schmale, A.H. Jr., 1965, Object loss, « Giving up » and disease onset: an overview of research in progress, *Symposium on medical aspects of stress in the military climate*, Washington, D.C., U.S. Govt. Print. Office, 433-443.
- Taylor, G.J., 1977, Alexithymia and the countertransference, *Psychotherapy Psychosomatics*, 28, 141-147.
- Taylor, G.J., 1984, Alexithymia: concept, measurement, and implications for treatment, *American Journal of Psychiatry*, 141, no. 6, 725-732.

SUMMARY

In his report, the author suggests that psychoanalysts working in hospitals must deal with the distinct nature of the psychoanalytic listening of somatic patients. The author defines the theoretic base for psychoanalytic listening as psychosomatics (as opposed to psychosomatic medicine).

The author presents two models from which descend all the various psychoanalytic approaches of psychosomatic clinics. Emphasis is mostly placed on contributions made by the Ecole de Paris: the importance given to sensorimotor manifestations; the evolutionist point of view; the development of an original psychosomatic nosography, inspired by psychoanalysis; and the somatization processes.

The study covers a wide range of aspects, namely theoretical and clinical considerations of allergy as a structural phenomenon and as a way of relating to the world; operational thinking in its proper historical context; essential depression as a notion of great importance in psychosomatics.

The author finally draws a profile of the various forms of psychoanalytic treatments offered to somatic patients.